

ANNÉE 1939

N^o 1419

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre REVERAND

Né le 8 Mai 1913 à Tours (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ALGIES
AU DÉBUT DE LA LÈPRE
(Etude clinique)

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939



ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre REVERAND

Né le 8 Mai 1913 à Tours (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ALGIES
AU DÉBUT DE LA LÈPRE
(Etude clinique)

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des ma-	GOUGEROT.
ladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	LEMIERRE.
litiques	CUNEO
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET
Clinique des maladies infectieuses.....	GREGOIRE
	JENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique ophtalmologique.....	COUVELAIRE.
Clinique urologique	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	HARVIER.
pédie	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	M. VILLARET.
Clinique propédeutique.....	TROISIÈRE.
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	MATHIEU.
dulte	LAUBRY.
Clinique cardiologique	CLOVIS VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-Sociale.....	
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 C'o-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.

MM.

Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOU.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GU.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiâtrie LEVY-VALENS.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT LUT.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNÈQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VALLÉRY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.

ECALLE
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie
Puériculture

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCEE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Dont la vie restera pour moi
un exemple de labeur, de dé-
vouement et de probité.*

A MA MERE

*En témoignage de profonde
affection.*

A MA SŒUR

A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN

En témoignage de ma gratitude pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse.*

*Avec l'expression de ma très
vive reconnaissance pour l'en-
seignement précieux que j'ai
reçu dans son service.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAGU

Médecin-Assistant de l'Hôpital Saint-Louis
Pavillon de Malte

Qui m'a guidé dans la réalisation de ce travail.

Avec toute ma reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il m'a réservé.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE TOURS

Externat :

1931 MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUME LOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine

Internal :

1932 MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNIN

1933 MONSIEUR LE PROFESSEUR RAOUL MERCIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR DENOYELLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DESBUQUOIS

Hommage respectueux.

Témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat :

1934 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
(Lariboisière).

MONSIEUR LE DOCTEUR NICAUD (Maison Du-
bois).

1935 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ECALLE
(Boucicaut).

1936 MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON TIXIER (Enfants
Malades).

1937 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOLLARET
(Laennec).

1938 MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES FLANDIN
(Saint-Louis).

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES DOCTEURS FERRAUD, RICHOU
POMMEAU, DELILLE, ECK, BIZE
Médecins-Assistants des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Dans ce court travail, nous nous sommes proposés d'apporter une modeste contribution à l'étude des algies au début de la lèpre.

Cette étude est strictement clinique et a pour but de faire connaître quatre observations inédites de malades ayant présenté comme premier signe de leur terrible affection des douleurs et, à la lumière de ces quelques cas, d'attirer l'attention du praticien sur ces formes particulières de la lèpre. Le diagnostic pourra ainsi être soupçonné précocement chez des sujets, anciens coloniaux, venant consulter pour ces douleurs, dont nous préciserons les caractères dans le chapitre suivant.

Avant d'aborder ce sujet, nous tenons à remercier notre maître d'externat, le Docteur Charles Flandin, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a permis d'observer quatre malades de son service spécial de Saint-Louis, au Pavillon de Malte.

Nous exprimons également notre reconnaissance au Docteur Ragu, assistant du Docteur Flandin, qui nous a guidé dans la réalisation de cette thèse.

ETUDE CLINIQUE

Dans ce chapitre, nous nous proposons de dresser un rapide tableau des principaux caractères des algies au début de la lèpre, d'après nos observations.

I. — DÉBUT.

Le début se fait par une douleur plus ou moins vive ; survenant d'abord à de longs intervalles de temps, elle ne tarde pas à se répéter et à devenir plus intense.

II. — SIÈGE.

Dans tous les cas que nous avons observés, ces algies siègent au niveau des membres, et, en général, au niveau des membres inférieurs.

Elles sont soit localisées à un segment de membre (orteils, jambe), comme dans nos observations II et III, soit généralisées, sur toute l'étendue des membres inférieurs, comme dans notre observation IV. Dans notre première observation, elles siégeaient au niveau de l'index gauche, s'irradiant vers l'avant-bras.

III. — DESCRIPTION DES DOULEURS.

Ce sont des douleurs de névrite : leurs caractères sont parfaitement mis en évidence dans nos observations III et IV.

Elles surviennent sous la forme de poussées : véritables crises de douleurs fulgurantes, donnant au malade une impression de torsion des nerfs, extrêmement douloureuse, entraînant une flexion des bras et des jambes. A ce maximum de douleurs succède une période d'accalmie de quelques secondes, puis de nouveau survient le symptôme douloureux : chaque crise est marquée par dix ou douze phénomènes semblables.

Bref, ce qui ressort de ce tableau, c'est l'extrême acuité des algies, véritable névrite des membres.

Ces douleurs surviennent souvent spontanément au cours de la journée ou réveillent le malade la nuit ; cependant, dans toutes nos observations, nous avons constaté que leur déclenchement était influencé par la fatigue, la marche et très souvent par les bains d'eau froide.

En général, ces phénomènes douloureux ne s'accompagnent d'aucune altération des téguments ; toutefois, dans nos observations I et II, d'après les dires de nos malades, il existait, au moment des crises, une rougeur et un gonflement des membres : mais ces symptômes ne faisaient leur apparition qu'un certain temps après le début de l'affection.

Donc, pour ainsi dire, aucun signe local n'accompagne ces douleurs de névrite.

Dans deux de nos observations, il existait par contre une légère élévation de la température au moment des crises.

IV. — EVOLUTION.

Du point de vue évolutif, ces douleurs évoluent par poussées successives, séparées par un intervalle de temps plus ou moins grand. En l'absence de traitement causal, elles deviennent de plus en plus rapprochées et de plus en plus intenses.

V. — MOYENS DE DIAGNOSTIC.

Ces douleurs névritiques, présentant ces caractères et survenant chez des coloniaux, doivent éveiller l'attention du praticien et, après l'élimination de toutes les autres causes de névrite, faire penser au diagnostic de lèpre à son début.

Pour cela, il faut rechercher avec soin, d'une part les plaques érythémateuses et, d'autre part, les zones d'anesthésie, qui, dans une de nos observations, existaient dès le début.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Voici l'histoire de M. L..., né le 11 avril 1909 à Jaffa.

Les deux premières années de sa vie se passent dans sa ville natale, puis il part pour le Caire, en Egypte, où il séjourne jusqu'à l'âge de 13 ans. Pendant toute cette période, son état de santé est bon : tout juste a-t-il eu, entre l'âge de 8 ans et de 13 ans, des troubles des yeux, qu'il étiquette « granulations ».

A 13 ans il quitte l'Egypte à destination de Marseille dans le but de poursuivre ses études secondaires.

De treize ans à dix-sept ans, sa santé est toujours parfaite et il supporte bien le changement de climat.

C'est à dix-sept ans, en 1926, qu'il remarque les premiers symptômes de l'affection pour laquelle il est actuellement traité.

Il est pris au mois d'avril d'une douleur au niveau de l'index gauche, douleur qui tout d'abord ne l'inquiète pas, mais devant sa persistance, il se décide à aller consulter un médecin.

Cette douleur siégeait au niveau de l'index gauche,

très localisée au niveau de la deuxième et de la troisième phalange : elle ne s'irradie ni vers l'avant-bras, ni vers les autres doigts de la main.

Cette algie était extrêmement vive, intermittente, intense surtout le matin au réveil, mais survenant également la nuit, empêchant tout sommeil. Elle gênait également les mouvements de préhension de la main.

Les téguments paraissaient normaux : pas de gonflement, pas d'œdème, pas de rougeur. Il n'existait pas non plus de zones d'anesthésie que le médecin avait eu le soin de rechercher ; par contre, de bonne heure le doigt était déformé et atrophié.

Presqu'en même temps que cette douleur de l'index de la main gauche, survient brusquement une algie au niveau du creux poplité gauche : douleur également vive, intermittente, mais en général elle était à son maximum le matin au réveil : les premiers mouvements de la jambe étaient extrêmement difficiles et dès que notre malade avait effectué quelques mètres à la marche, elle se calmait. Souvent aussi elle le réveillait en pleine nuit par son acuité.

Comme la douleur de l'index, elle était très localisée et ne s'irradiait ni vers la cuisse, ni vers la jambe. Cependant, par moments, le malade nous raconte qu'il était pris subitement de crampes dans le mollet gauche, véritable torsion de tout le membre inférieur.

Les téguments n'étaient ni gonflés, ni œdématisés, ni rouges.

Survenant de préférence au réveil, elle se produisait également, aux dires du malades, à la suite des **bains de mer**.

Point important, ces douleurs ne s'accompagnaient jamais de fièvre.

Le médecin, consulté, diagnostique alors un rhumatisme et ordonne un traitement à base de salicylate de soude et de piperazine.

Cette thérapeutique n'amène aucune amélioration et pendant deux ans persistent ces douleurs, se calmant pendant un mois, puis reprenant le mois suivant.

Au mois de mai 1927, survient une légère amélioration de ces troubles douloureux.

Coïncidant avec cette légère rémission, apparaît au mois de juin 1927 un orgelet de l'œil droit, qui s'enkyste et est opéré au mois de septembre suivant.

A la suite de cette opération, d'après les dires du malade, une tache érythémateuse apparaît sur l'index gauche, exactement à l'endroit où siégeait la douleur initiale.

Cette tache était de couleur marron foncé, de la dimension d'une pièce de vingt sous, non douloureuse, non prurigineuse. La douleur névralgique de l'index et de la jambe persistait.

D'autres taches apparaissent au niveau des cuisses et de la jambe droite ; de même la tuméfaction de l'œil qui avait été opérée réapparaît en même temps que commence à se produire la chute des cils.

Un médecin consulté traite ces plaques par plu-

sieurs pommades successives sans amélioration aucune.

Du mois de juin 1927, jusqu'au mois de février 1928, les taches érythémateuses se multiplient et notre malade va consulter un dermatologiste qui pose le diagnostic de lèpre, sans le confier au malade. Il institue un traitement d'Erganol iodé par injections intra-musculaires.

Notre malade suit ce traitement plus ou moins régulièrement et fait ses études de droit à Aix-en-Provence.

Pendant toute cette période, les douleurs primitives de l'index gauche et de la jambe gauche disparaissent lentement. Mais au mois de juin 1928, surviennent de nouvelles douleurs dans les deux bras et en particulier dans le bras gauche, amenant rapidement une grande atrophie.

Plusieurs prises de sang sont effectuées : toutes montrent une sérologie normale.

Au cours de l'année 1925, l'évolution se poursuit lentement, entrecoupée de poussées de plaques érythémateuses, ne s'accompagnant pas de fièvre.

Les douleurs de l'index et du genou gauche ont complètement disparu.

Dans l'année 1931, les poussées se multiplient et apparaissent des nodules internes.

Cette année, le malade part de Marseille pour Paris pour subir un autre traitement par vaccins ; à ce moment il apprend la nature de son affection et, désespéré, lâche son traitement et repart pour Marseille.

Il passe l'année 1932 dans cette ville, complètement désabusé, mène une vie agitée, reste des mois et des mois sans traitement.

Une aggravation de son état se produit alors : des poussées fébriles et névritiques se répètent tous les mois ; en même temps, la cornée est le siège de lépromes.

Devant cet état inquiétant, notre malade va consulter un médecin en 1933 et reprend son traitement.

A partir de ce moment, le traitement est sérieusement suivi et consiste en séries alternées d'erganol, de myoral et de sels de cuivre.

Jusqu'en juin 1935, une grosse amélioration se produit.

A cette date, il entre à Valbonne et continue à être traité par des injections d'erganol et d'huile de Chaulmoogra.

Pendant ce séjour, il est atteint tous les quatre mois de poussées caractérisées par les symptômes suivants :

Au début : perte de l'appétit, intolérance au traitement, signes de lassitude générale.

Au bout de quelques jours, la température monte progressivement jusqu'à 38°5-39°. Puis, brusquement, la poussée est à son maximum : fièvre à 40°-41°, douleurs névritiques très aiguës, débutant au coude, paraissant d'origine osseuse, puis s'irradiant aux bras, aux poignets et aux mains, entraînant une insomnie complète. Puis les algies gagnent les genoux, s'irradiant le long des groupes musculaires de la jambe.

Les douleurs s'accompagnent de vomissements, de céphalées, de sueurs. La durée de ces poussées varie entre quinze jours et six semaines.

A la fin du séjour à Valbonne, les crises deviennent un peu moins fréquentes ; le traitement est toujours suivi d'une façon ponctuelle.

Notre malade quitte Valbonne au mois de juillet 1938 et vient au pavillon de Malte dans le service du Docteur Flandin.

Depuis son arrivée, il a eu une seule poussée fébrile avec des douleurs névritiques surtout au bras droit et au poignet.

La maladie, chez notre sujet, a donc eu un début de douleurs d'une durée de deux années : douleurs très localisées, qui, fait particulier, ont disparu à mesure que l'affection évoluait : en effet, lors des poussées fébriles et névritiques qui sont survenues ultérieurement, les douleurs ne siégeaient jamais aux endroits primitifs : index gauche et creux poplité gauche.

Dans les antécédents de notre malade, on ne trouve rien d'important à signaler : ses parents vivent à Marseille et jouissent d'une bonne santé. Il est l'ainé de huit enfants : quatre frères et trois sœurs, tous bien portants.

OBSERVATION II

M. C..., né en 1906, sur les bords du lac de Tibériade, en Palestine, nous raconte l'histoire suivante :

De sa naissance jusqu'à l'âge de 17 ans, il mène une vie aisée auprès de ses parents dans sa ville natale ; sa santé est parfaite.

A 17 ans, soit en 1923, il part à Safaed pour achever ses études secondaires et passer son baccalauréat. Les trois années, qu'il passe dans cette ville, sont marquées par quelques crises de paludisme.

En 1926, pour des raisons politiques et raciales, notre malade émigre vers l'Italie, où il séjourne deux ans, puis vers la Tchécoslovaquie où il réside également pendant deux années.

Au cours de ces différents voyages, aucune maladie ne vient entraver le cours de ses études.

En 1930, à l'âge de 21 ans, contraint de quitter la Tchécoslovaquie, il retourne en Palestine, à Tibériade.

A ce moment, dans sa ville natale même, vont apparaître les premiers symptômes de l'affection, qui l'a conduit jusqu'à nous.

Au cours de l'hiver 1930, notre malade constate un léger gonflement de la jambe gauche, allant du genou jusqu'à la cheville, avec une teinte légèrement rouge des téguments.

En même temps que cette augmentation de volume de la jambe, surviennent des douleurs, d'abord peu intenses, puis très vives, augmentées par la fatigue et la marche et cédant au repos, restant nettement localisées à la jambe gauche, mais s'irradiant le long des groupes musculaires de la cuisse, en particulier le groupe antérieur.

Quelques symptômes généraux accompagnent ce syndrome : élévation de la température, oscillant entre 37°5 et 38°.

Ces troubles sont traités, comme rhumanismes, par des bains chauds d'eau minérale et par un traitement électrique : ils sont améliorés au bout de cinq mois : le gonflement et les douleurs disparaissent. Cependant de temps à autre subsistent quelques algies, si bien que notre sujet décide de partir de Palestine pour l'Italie, en 1931.

Le changement de climat, d'après ses dires, amène une guérison complète de tous les symptômes.

Il s'établit à Toscane, où il poursuit ses études d'ingénieur civil et de docteur en mathématiques. Il devient assistant à l'Ecole Polytechnique de Pise et mène une vie de tout repos. Il séjourne à cet endroit pendant deux années, et durant cette longue période son état de santé est excellent.

Mais brusquement, le 19 mars 1933 (il y a exactement six ans), il est pris en pleine santé d'une température très élevée, oscillant entre 40° et 41°, avec vomissements, céphalée, sueurs, frissons, bref le tableau d'une pyrexie sans cause apparente. Sous l'influence d'un traitement banal, la fièvre tombe lentement au bout de onze jours. A ce moment apparaissent des douleurs.

Ces douleurs siègent au niveau des membres inférieurs et des membres supérieurs ; mais, fait important à noter, elles sont localisées plus aux groupes musculaires qu'aux articulations.

D'après ce que raconte le malade, ces algies étaient extrêmement vives, lui arrachant des cris au moindre contact et au moindre mouvement ; de plus elles avaient un caractère nettement fluxionnaire, mobile, passant rapidement d'un groupe musculaire à un autre.

L'aspect des téguments était rouge et légèrement œdémateux, la chaleur locale augmentée.

Ces douleurs durèrent trois semaines environ.

Comme traitement, on institua celui de rhumatisme articulaire aigu : salicylate de soude par la bouche et cinq à six injections de bleu de méthylène.

Au bout d'un mois, le syndrome disparu complètement, et du mois d'avril 1933 au mois de juillet 1933, notre malade est complètement rétabli.

En juillet 1933 survient une nouvelle poussée exactement semblable à la précédente : fièvre à 40° pendant quatre jours, puis douleurs extrêmement vives.

Mais, pour la première fois, apparaissent en même temps que la fièvre, des plaques d'érythème : plaques surélevées comparables à de l'urticaire, siégeant sur le dos et sur la cuisse droite, de teinte rouge pâle, non douloureuses et non prurigineuses.

Ces plaques accompagnent la poussée fébrile et disparaissent en même temps que la fièvre tombe.

Comme dans la poussée précédente, les douleurs persistent pendant quelques semaines. Au niveau des plaques érythémateuses, la peau tombe et une nouvelle épidermisation se forme.

A ce moment, le diagnostic de lèpre est posé et le malade est admis à l'hôpital de Pise où il reste huit mois, de juillet 1933 à mars 1934. Pendant son séjour à l'hôpital, il refait deux nouvelles poussées, une au mois de novembre 1933 et l'autre en janvier 1934 : poussées presque exactement semblables aux autres avec fièvre, plaques érythémateuses et douleurs, mais d'une durée un peu plus longue ; de plus les plaques au lieu de siéger seulement sur le dos et sur la cuisse droite comme lors de la première poussée, deviennent beaucoup plus nombreuses, s'étendant sur les membres supérieurs et sur les membres inférieurs, mais toujours disparaissant en même temps que la fièvre.

Comme traitement au cours de cette hospitalisation, il est institué des injections intra-musculaires de collobiose et des injections également intra-musculaires d'huile de Chaulmoogra.

En mars 1934, notre malade quitte l'Italie et rentre en Palestine.

En juillet de la même année, il refait une poussée avec fièvre et douleurs : douleurs de plus en plus vives le long des masses musculaires des quatre membres. Cette crise dure plus longtemps que les précédentes. Le traitement suivi est très irrégulier et consiste en quelques injections de collobiose et des injections intra-veineuses d'anti-léprose Boyer.

Puis les poussées se succèdent à un rythme à peu près régulier tous les trois mois : octobre 1934, janvier 1935, juillet 1935 : poussées également caracté-

risées par la triade : fièvre, douleurs et plaques érythémateuses, mais d'une durée toujours un peu plus longue.

En décembre 1935, une crise très intense dure trois mois et est traité sans succès par des injections de sels d'or.

En août 1936, nouvelle poussée de fièvre de quelques semaines, puis douleurs très intenses dans les membres, que rien ne peut calmer, allant jusqu'à donner au malade des idées de suicide. Elles persistent jusqu'en mai 1937, date à laquelle le malade se décide à venir en France.

Il est hospitalisé le 10 juin 1937 à l'hôpital Bichat, où il fait une première poussée, avec douleurs, siégeant surtout dans les articulations.

Le 15 juillet, il refait une poussée extrêmement aiguë avec fièvre à 41°, mais cette fois sans douleurs; la température s'abaisse en même temps que la dose des injections de Blanc fut augmentée.

De juillet 1937 jusqu'en août 1938, aucune poussée, aucune douleur nerveuse.

En août 1938 et en janvier 1939, nouvelle poussée de fièvre et de plaques, mais sans douleurs nerveuses.

Telle est l'histoire de ce malade dont le début de l'affection se manifeste seulement par des douleurs à type névritique et rhumatismale qui firent errer pendant longtemps le diagnostic.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien d'intéressant à signaler : marié depuis quatre ans, sa femme est d'une santé parfaite. Ses parents sont morts : le

père de diabète et la mère d'une affection cardiaque. Il a une sœur et deux frères bien portants ; un autre frère a été tué il y a trois ans lors des troubles intérieurs de Palestine.

OBSERVATION III

M. X..., né en Nouvelle-Calédonie au mois de mars 1907, de parents français, reste dans son pays natal jusqu'à l'âge de 14 ans.

Dans son enfance, aucune maladie n'est à signaler : de forte constitution, il est au point de vue physique supérieur aux enfants de son âge. Cependant il nous signale qu'il ressentait, à partir de l'âge de 12 ans, quelques douleurs dans les mollets, lorsqu'il passait de la position assise à la position debout, douleurs qui doivent être attribuées à des troubles de croissance.

Il quitte son pays natal au mois de décembre 1921 pour la France : il est admis au lycée d'Evreux pour faire ses études secondaires.

Au mois de janvier 1922, il ressent les premiers signes de la maladie.

Tout d'abord il constate qu'après chaque bain, la peau de ses pieds desquame.

Puis, presque simultanément, vont apparaître des douleurs.

Ces douleurs ont un siège bien précis à cette époque : elles sont localisées aux orteils, et surtout au gros orteil du pied gauche.

Elles sont, d'après les dires de notre malade, de deux ordres :

Les unes sont caractérisées par une sensation de malaises, de serrement du pied, donnant parfois une impression de brûlure : elles surviennent de préférence le soir, après une longue marche ou toute fatigue musculaire ; elles se calment instantanément après un repos prolongé et ne surviennent jamais la nuit.

L'autre genre d'algie est beaucoup plus caractéristique :

Elles surviennent à peu près à la même époque que les précédentes :

Ce sont de véritables crises de douleurs fulgurantes ; la durée de ces crises est de dix minutes à un quart d'heure et pendant ces poussées, toutes les dix secondes à peu près, survient une douleur extrêmement vive, lancinante, donnant une sensation de piqûres internes, comparée par le malade lui-même à la douleur d'une névralgie dentaire, puis dix secondes d'accalmie. Ces crises se produisent tous les jours jusqu'à 5 ou 6 fois par jour.

Ces algies siègent également aux orteils et en particulier au gros orteil gauche, surviennent dans la soirée, presque jamais le matin, et ne réveillent jamais le malade pendant la nuit.

Les téguments sont normaux : la peau n'est pas gonflée, légèrement rouge cependant.

Notre sujet nous précise qu'à cette époque déjà

existait au niveau du gros orteil une zone d'anesthésie, recherchée par un médecin.

Toutes ces manifestations douloureuses, en dépit de leur acuité ne l'inquiètent pas outre mesure, il emploie divers calmants internes et externes et attribue ces troubles aux rigueurs de l'hiver en France, contrastant avec la température modérée de son pays natal.

Au cours de cet hiver 21-22 il ressent une grosse fatigue générale et poursuit difficilement ses études secondaires, de plus il note qu'à cette époque il éprouvait une hypersensibilité générale, le moindre choc provoquant une douleur, non en proportion avec l'intensité du traumatisme.

L'hiver passe et les douleurs persistent au cours de l'été, s'accroissant toujours après un bain d'eau de mer : un phénomène nouveau survient : une transpiration abondante des pieds.

Au mois d'octobre 1922, notre sujet entre en première : presque tous les soirs il souffre des mêmes douleurs et ces phénomènes se reproduisent jusqu'à l'été de la même année. A ce moment surviennent quelques symptômes inquiétants : les sourcils tombent sans raison, et la face devient violacée par endroits et bouffie. Une de ses tantes, chez qui il passait ses vacances, s'inquiète de son état : sa mère qui était restée en Nouvelle-Calédonie, instruite de ces détails fait à distance le diagnostic de lèpre et demande qu'on montre son fils à un médecin.

Notre malade rentre au collège au cours de l'hiver 23-24 et consulte le médecin de l'établissement : ce dernier, à l'examen, remarque la couleur violacée des membres inférieurs et met en évidence des zones d'anesthésie : il fait pratiquer une recherche d'albumine qui est négative, et instruit par les soupçons de la mère, l'envoie consulter à Paris le docteur Jeanselme qui fait le diagnostic de lèpre.

A cette période les douleurs persistent, toujours localisées aux orteils, mais de plus en plus vives ; un autre signe frappe également le malade : l'obstruction du nez et la gêne de la respiration qui en résulte.

Le Docteur Jeanselme commença par le retirer du collège et institue un traitement à base d'huile de chaulmoogra par gouttes et par piqûres.

Notre sujet abandonne alors ses études et part chez une de ses tantes, habitant une maison de campagne dans l'Est de la France et qui lui fait elle-même le traitement.

Il s'occupe de travaux manuels, de jardinage et une grosse amélioration se produit : en l'espace de quelques temps, sous l'influence du traitement, les douleurs s'atténuent, la bouffissure du visage disparaît, les œdèmes de la jambe également.

La rémission des symptômes est telle qu'en 1925, le malade est cliniquement guéri et qu'il se croit à l'abri de toute récurrence et lâche complètement son traitement. Il continue chez sa tante ses travaux manuels et mène une vie assez active.

Aucun trouble ne se produit pendant trois ans : au bout de ce laps de temps surviennent des symptômes plus graves : zones d'anesthésie étendues et surtout troubles de la vue : conjonctivite des yeux sous l'influence du vent, de la lumière vive, photophobie, diminution de l'acuité visuelle.

Le malade reprend alors un traitement à base d'huile de chaulmoogra, mais d'une façon irrégulière.

Les douleurs primitives, qui avaient marqué le début de l'affection, ont complètement disparu à cette époque.

Au cours de l'année 1931 apparaissent des taches sur les cuisses et des nodules sur le visage en même temps que la vue s'affaiblit de plus en plus.

En 1932 il est admis à Valbonne où il suit un traitement d'Erganol : les taches régressent, mais aussi l'acuité visuelle diminue de plus en plus.

Il séjourne à Valbonne jusqu'en 1935 : son état général est bon.

Puis il part pour Paris où il est admis au Pavillon de Malte : là son traitement consiste en huile de Chaulmoogra sous forme de gouttes, pendant 6 mois l'évolution de la maladie se stabilise.

Au printemps 1936, survient une nouvelle apparition de taches, sans aucune douleur.

Au mois de septembre 1936, on pratique des injections intra-dermiques d'huile neutre, jusqu'à 100 cc. par semaine ; elles sont très bien supportées et amènent une régression des taches.

Au mois de janvier 1937, pour la première fois au cours de la maladie survient une poussée fébrile : température à 40 et plus, lymphangite de la jambe gauche : sa durée est de un mois.

Au printemps de l'année 1937, on commencê des injections de Blanc que l'on poursuit pendant un an, alternées avec des injections intra-dermiques d'éther éthylique et d'huile neutre : l'état du malade est très amélioré, quoiqu'il se sente très fatigué, très abattu.

Aucune douleur à cette période, mais picotements de la gorge et léger coryza.

Le 1^{er} janvier 1938, notre malade fait une poussée cette fois avec douleurs très vives, dans les deux membres inférieurs : température à 40. Cette crise douloureuse dure 15 jours, mais la fièvre subsiste jusqu'au mois d'avril, depuis quelque temps il a perdu complètement la vue.

A ce moment on lui entreprend un traitement à base de sels d'or et de sels de cuivre, alterné avec des infections de cyanose de mercure. Cette thérapeutique est à l'origine d'une grosse amélioration de l'état général : il n'y a plus de douleurs.

Enfin depuis le 1^{er} janvier dernier, il prend régulièrement de l'huile de chaulmoogra : depuis ni fièvre, ni douleurs.

Le malade nous signale qu'en 1932 un mal perforant était apparu au niveau du pied droit qui s'est fermé lentement en 1933.

Antécédents : Les parents vivent en Nouvelle-Calé-

donie et sont en bonne santé, quatre frères et sœurs sont bien portants. Deux frères sont morts tuberculeux, et son jeune frère est également soigné pour lèpre, en Nouvelle-Calédonie.

OBSERVATION IV

Monsieur C... né en Bretagne en 1887 séjourne en France jusqu'à 18 ans. Jusqu'à cet âge sa santé est bonne.

En 1906, il part pour Tahiti comme marin. Arrivé dans ce pays il est congédié de sa compagnie maritime et travaille dans une compagnie de phosphates. De 1907 à 1914, il fait plusieurs voyages en Indochine, en Afrique ; en 1914 il revient à Tahiti où il est nommé instituteur.

Jusqu'à l'année 1922, il est d'une santé extrêmement robuste. C'est à ce moment qu'il est atteint d'éléphantiasis de la jambe gauche ; affection qui subit des poussées tous les mois et nécessite un traitement à base de quinine.

En 1923 il part dans une île déserte de l'océan Pacifique : brusquement il est pris de douleurs très caractéristiques, qu'il nous décrit de la façon suivante :

douleurs généralisées dans tout le corps, dans la tête, mais siégeant d'une façon élective dans les membres, elles survenaient par crises très violentes : notre malade avait l'impression d'une torsion des nerfs, extrêmement douloureuse, entraînant une flexion

des bras et des jambes, puis brusquement au bout de quelques secondes les nerfs paraissait se détendre et la douleur disparaissait. Chaque crise était marquée par dix ou douze phénomènes semblables.

Les crises survenaient à peu près tous les deux jours, surtout le soir après les fatigues : souvent elles se répétaient plusieurs fois dans la journée et réveillaient le malade, elles l'immobilisaient au lit et empêchaient tout mouvement. De plus chaque crise s'accompagnait d'un léger mouvement fébrile.

Cette période d'algies dure 3 mois : devant leur répétition, notre malade décide de quitter son île déserte pour aller consulter un médecin à Tahiti.

Ce dernier découvre des taches sur les membres et fait un prélèvement, qui montre la présence des bacilles de Hausen. Il met immédiatement le malade au traitement par capsules, dont la nature ne peut être spécifiée.

De 1923 à 1930, les douleurs s'atténuent peu à peu, les crises deviennent moins fréquentes, mais les taches sont de plus en plus nombreuses et les poussées fébriles se répètent tous les mois.

Devant cette aggravation, le malade demande en 1930 son rapatriement en France.

Il arrive alors à Brest où il est admis à l'hôpital de cette ville ; il est impossible de le traiter et on l'expédie à Paris.

Au mois de septembre 1931, il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Professeur Gougerot.

A ce moment son état s'était sérieusement aggravé : les taches s'étaient multipliées et les poussées fébriles survenaient à des intervalles de plus en plus rapprochés.

En outre quelques mois après son entrée à Saint-Louis les douleurs du début font de nouveau leur apparition : douleurs de torsion, comparable à un arrachement du nerf. Elles surviennent surtout la nuit et sont tellement vives qu'elles arrachaient des cris au malade. Fait particulier, une piqûre d'Erganol calmait instantanément ces algies, alors que tout autre produit restait sans effet.

A cette époque de la maladie, les douleurs étaient très nettement localisées aux deux bras.

Le malade reste chez le Professeur Gougerot jusqu'au mois de juin 1934 : sous l'influence d'un traitement régulier, les douleurs disparaissent peu à peu : cependant il perd à cette époque l'usage de l'œil droit.

Au mois de juillet 1934, il rentre au Pavillon de Malte et continue son traitement à base de sels d'or, d'éther chaulmoogrique, d'arsénomyl cuvrique et depuis une grosse amélioration de l'état général se produit : depuis son séjour à Malte il n'a eu ni poussées fébriles, ni poussées douloureuses.

Actuellement il a un traitement d'entretien de 12 ampoules de collobiase par mois.

En résumé, début par douleurs d'une durée de 3 mois avant l'apparition des taches, algies qui se sont peu à peu estompées sous l'influence du traitement.

Antécédents : Père mort à 75 ans, mère morte de suite de couches.

— deux frères bien portants,

— une sœur bien portante,

— une sœur morte de tuberculose.

Pas de maladie de Hausen dans la famille.

CONCLUSIONS

Il existe certaines formes de lèpre dont le début est uniquement marqué par des douleurs.

Ces prodromes douloureux constituent une période d'une durée toujours longue.

Cette période se présente sous la forme d'algies extrêmement intenses, ce sont de véritables douleurs de névrite rappelant les douleurs en éclair du tabès, donnant une sensation de torsion, s'accompagnant souvent de soubresauts musculaires.

Elles siègent dans les quatre cas que nous avons observés au niveau des membres supérieurs ou inférieurs.

Au point de vue évolutif elles sont remarquables par deux caractères :

- a) Leur apparition par poussées successives.
- b) Leur aggravation en l'absence de tout traitement.

Les algies retrouvées chez d'anciens coloniaux doivent faire penser au diagnostic de lèpre et faire rechercher les signes de quasi-certitude de cette affec-

tion à savoir : les zones d'anesthésie et les plaques érythémateuses.

Comme nous l'avons vu dans deux de nos observations, les zones d'anesthésie, recherchées par un patricien averti, existaient au moment des premières douleurs.

Enfin du point de vue thérapeutique, ces algies sont améliorées par les différents traitements de la lèpre et en particulier par les injections d'huile de chaulmoogra. Ce caractère thérapeutique peut constituer un argument clinique de valeur en faveur du diagnostic de la lèpre.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

